

Qutaiba A. (2010). Cognitive behavioral intervention in dealing with school violence among Arab Palestinian adolescents in Israel. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1317-1325. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.282

Safren, S.A., Otto M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E. y Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.001

Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H. y Gorman, B.S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269. doi:10.1016/j.avb.2003.08.005

Veracoechea, G. (2010). *Técnicas no farmacológicas para el tratamiento del déficit de atención*. Madrid: Psimática.

Técnicas de aislamiento absoluto y relativo

Título: Técnicas de aislamiento absoluto y relativo. **Target:** Ciclo Formativo de Grado Superior en Higiene Bucodental. **Asignatura:** Prevención Bucodental. **Autor:** Africa Casillas Ríos, Licenciada en Odontología, Profesora técnica FP, especialidad procedimientos sanitarios y asistenciales.

INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DEL AISLAMIENTO DENTAL

La necesidad de realizar un buen aislamiento dental se debe a que la boca no reúne las condiciones idóneas para trabajar en ella, ya que tiene una población bacteriana muy variada que va a contaminar nuestro medio de trabajo. Además, para poder trabajar en las mejores condiciones posibles, hemos de aislar el campo operatorio de la sangre y la saliva para que el trabajo sea de una calidad óptima, separar la lengua y las mejillas del paciente evitando lesiones en el mismo y conseguir la mejor visibilidad y acceso a la zona de trabajo.

De este modo, los objetivos principales del aislamiento dental son los siguientes:

- Eliminar saliva y sangre.
- Separar lengua y mejillas para evitar lesiones en el paciente.
- Evitar la contaminación bacteriana.
- Mejorar acceso y visibilidad al campo operatorio.

DESARROLLO

Se diferencian dos tipos de aislamiento dental.

1. AISLAMIENTO RELATIVO

Se basa en utilizar fundamentalmente rollos de algodón para proporcionar un campo operatorio seco, se utiliza con frecuencia pero tiene limitaciones.

Instrumental necesario

El material a preparar para su realización es el siguiente:

- Rollos de algodón.
- Pinzas.
- Espejo.
- Aspirador.

Técnica de realización

Maxilar superior

Se coloca un rollo de algodón en el fondo de vestíbulo a nivel del 1º molar superior para bloquear la salida del conducto de Stenon. Si se trabaja en la zona anterior, se coloca un rollo de algodón en el fondo de vestíbulo entre el canino y el incisivo central superior del cuadrante donde se esté trabajando.

Maxilar inferior

Para dientes anteriores, se coloca un rollo de algodón en la zona lingual y en el vestíbulo anterior se coloca uno a cada lado del frenillo.

Para el sector posterior se necesitan tres rollos: uno por bucal, otro por lingual y otro a nivel de molares superiores para bloquear el conducto de Stenon.

Inconvenientes que presenta el aislamiento relativo

El aislamiento relativo de molares inferiores no es de gran duración debido a la gran cantidad de saliva que se acumula junto con el agua que proviene de la refrigeración. Esto requiere el cambio continuo de los rollos, por lo que se recomienda realizar un aislamiento absoluto siempre que sea posible.

Asimismo, no se protegen las partes blandas completamente ni se garantiza un campo operatorio totalmente seco y se puede ver dificultada la visibilidad y acceso del profesional.

2. AISLAMIENTO ABSOLUTO

Instrumental necesario

El material a preparar para su realización será el siguiente:

- Dique de goma.
- Perforador de dique: pinza de tamaño grande que contiene un punzón de acero y una pequeña rueda con perforaciones de diversos tamaños para los diversos dientes.
- Portaclamps: Sirve para llevar el clamp a la boca.
- Clamp: Sirve para sujetar el dique de goma. Abraza el diente por el cuello e impide que salga disparado. Existen diversos tipos según el diente donde se coloquen.
- Arco o sostenedor: Para tensar el dique de goma. Puede ser metálico o de plástico.
- Seda dental: Ayuda a pasar el dique a través del punto de contacto.
- Espátula de boca: Para invertir el dique hacia dentro en todo el perímetro del diente produciendo un sellado completo.

Técnica de realización

Para realizar un adecuado aislamiento absoluto se deben seguir una serie de pasos.

El protocolo a seguir es el siguiente:

- Realizar perforaciones en el dique de goma en función de los dientes a aislar (mínimo 2): Se pueden situar a ojo según la colocación de los dientes o utilizando una plantilla.
- Colocación del clamp: En el diente más posterior con la ayuda del portaclamp.
- Colocación del dique de goma .
- Con la seda dental pasar el dique de goma a través del punto de contacto.
- Colocación del arco tensando el dique de goma.
- Inversión del dique con la espátula.

De esta manera, la imagen de un diente aislado sería como se muestra en la siguiente imagen:



Ventajas

Con la realización del aislamiento absoluto se pueden observar las siguientes ventajas:

- No se produce el fenómeno de aspiración por el paciente.
- No hay problema de deglución de instrumentos.
- Proporciona protección antiinfecciosa.
- Retracción de partes blandas.
- Secado absoluto de los dientes.
- Acceso ampliado.
- Control de la hemorragia gingival.
- Si atamos los clamps con seda dental, aunque salte no se la traga el paciente.
- Control del paciente.
- Ahorro de tiempo y mejora la calidad del trabajo por tener unas condiciones controladas.
- El paciente se encuentra más seguro.

Inconvenientes y riesgos

No obstante, se encuentran también algunos inconvenientes, aunque no condicionan por sí mismos la contraindicación de esta técnica:

- Muecas o fracturas del esmalte.
- Desechado excesivo.
- Isquemia gingival por la presión de la goma.
- Heridas provocadas por el clamp.
- Daño periodontal.
- Desgarros de la encía a nivel del cuello.
- Limitación respiratoria en caso de resfriado.
- Angustia.
- Alergia al látex, aspiración y deglución.

CONCLUSIÓN

Tanto el aislamiento absoluto como relativo tienen sus ventajas e inconvenientes, y realmente, lo ideal es realizar siempre que se pueda un aislamiento absoluto, aunque requiera algo de tiempo y un coste adicional en material, después siempre se amortiza, puesto que las condiciones de trabajo se ven mejoradas y, en consecuencia, también la calidad del resultado final. Además supone una mayor comodidad tanto para el paciente como para el profesional.

No obstante, en determinados procedimientos poco agresivos y que se realizan en poco tiempo, suele ser suficiente con el aislamiento relativo, reservándose el aislamiento absoluto para procedimientos tales como endodoncias, odontología conservadora en niños.... En los que el aislamiento absoluto puede resultar imprescindible. Sin embargo, el utilizar uno u otro dependerá también del modo de trabajo del profesional. ●

Bibliografía

- García Barbero J. Patología y Terapéutica dental. Ed. Síntesis
Ketterl W. Odontología conservadora. Ed. Masson